



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ໃບແຈ້ງການປະຕິບັດແຜນການ

ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ ປະຕິເສດ ຫລື ປຸດຕີ

PLANNED ACTION NOTICE
PROVIDER DENIAL OR TERMINATION

ຂໍ້ແລະບ່ອນຢູ່ອງຈຸກສໍານວນ

ຂໍ້ແລະບ່ອນຢູ່ອງຜູ້ທາງໝາຕາມກົດໝາຍ

ການລົງມີປະຕິບັດ

ທ່ານໄດ້ຖືກໝາຍແຮ້ງວ່າ ນັບແຕ່ _____ , ທາງພະແນກ DDD ຈະໄດ້ດຳເນີນການຕໍ່ລົງໄປນີ້ກໍຈະມີຂອງທ່ານ

- ຢຸດການຈ່າຍເງິນ
- ຢຸດຂ້ານຍາ
- ປະຕິເສດຂໍ້ສັນຍາ
- ປະຕິເສດການຈ່າຍເງິນ

ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການນີ້ປະຈຸບັນແນ່ໃຫ້ການບໍລິການດັ່ງກ່າວຢູ່ລຸ່ມນີ້

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ການດຸແລສ່ວນຕົວຕາມແຜນເມັດຄົດ | <input type="checkbox"/> ເຮືອນທີ່ມີໝູ່ຢູ່ຮ່ວມ |
| <input type="checkbox"/> ການຍົກເລີກສິດທິການດຸແລສ່ວນຕົວ | <input type="checkbox"/> ການຢ່າງເສັບຊື່ນ |
| <input type="checkbox"/> ການດຸແລເວລາຫຼັກ | <input type="checkbox"/> ການບໍລິການບ່ອນຢູ່ອາໄສທີ່ໄດ້ຮັບການຢັ້ງຢືນຕ່າງໆ |
| | <input type="checkbox"/> ອື່ນງ _____ |

ທາງພະແນກ DDD ໄດ້ກະທຳການດັ່ງນີ້ກໍຂອນວ່າ:

ອໍານາດການປົກຄອງທີ່ທຳການຕັດສິນ

ທາງອໍານາດການປົກຄອງຂອງພະແນກ DDD ໄດ້ດຳເນີນການນີ້ໄດ້ຍອີງໃສ່:

- ກົດໝາຍປົກຄອງຮັດວໍຊີງຕັ້ງມາດຕາ (WAC):
 - ມາດຕາ 388-845-0300 ເຖິງ 2205
ເງື່ອນໄຂຄວາມໝາະສົນຕ່າງໆຂອງຜູ້ໃຫ້ຄວາມເປັນ
ຜູ້ສະລະສິດຕາມແຜນ HCBS
 - ມາດຕາ 388-71-0500 ເຖິງ 05665
ເງື່ອນໄຂຄວາມໝາະສົນຕ່າງໆຂອງຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ
ສ່ວນບຸກຄົນ/ອົງການຜູ້ໃຫ້ຄວາມດຸແລຕາມບ້ານ
 - ນາດຕາ 388-101-1440 ເຖິງ 1550
ເງື່ອນໄຂຄວາມໝາະສົນຕ່າງໆຂອງຜູ້ໃຫ້ການ
ບໍລິການຕາມບ້ານທີ່ໄດ້ຮັບໃບປະກາດປັງປິນ
 - ມາດຕາ 388-06 ການສືບປະວັດຄະດີຕ່າງໆ
 - ອື່ນງ _____
- ຂໍ້ສັນຍາ: (ໃຫ້ອ້າງເຖິງໝວດຂໍ້ສັນຍາ) _____

ທ່ານຍັງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອນີ້ຢູ່ ແຕ່ຕ້ອງໄດ້ເລືອກຜູ້ບໍລິການອື່ນທີ່ມີຄຸນສົມບັດໝາຍະສົມ.

ວັນທີທີ່ສົ່ງຫລືເຄົາໃຫ້ອຸກສໍານວນ: _____

ນໍາສົ່ງ: ຜູ້ສຳຄັນອື່ນອີກ: _____

ເກັບມັນໃນເອກສານຂອງຈຸກສໍານວນ

ສິດທິດອຸທອນຕ່າງໆຂອງທ່ານ

ທ່ານມີເວລາຢ່າງເກົ້າສີບ (90) ມັງ ຈາກມີໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແວ້ງການນີ້ ເພື່ອອຸທອນຕໍ່ການປະຕິບັດການນີ້.

- ເພື່ອໃຫ້ສືບຕໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຜູ້ນີ້ໃນຂະໜາດທີ່ທ່ານອຸທອນເຮືອງຢູ່, ທ່ານຕ້ອງຂໍເອົາການຝັງເຮືອງໃນຊ່ວງວັນທີ _____

ທ່ານມີສິດທິຕ່າງໆດັ່ງລຸ່ມນີ້:

- ໃຫ້ມີຜູ້ຕາງໜ້າໄດ້ (ທ່ານອາດມີເງື່ອນໄຂຕໍ່ການຂ່ວຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍຝຣີ);
- ຂໍເອົາການທຶນຫວນສໍາເລັດເອກະສານແລະຂໍ້ມູນທັງໝົດຂອງທ່ານທີ່ຖືກນຳມາທໍາການຕັດສິນໄດ້ DDD ນັ້ນຄືນອີກ;
- ຢືນເອກະສານເພື່ອເປັນຫລັກຖານເວົ້າເປີມ;
- ໃຫ້ການຕອນຝັງເຮືອງແລະມີພະຍານຕົວແທນໃຫ້ການແກ່ທ່ານ; ແລະ
- ໄຕ້ຖານໄວວ່ປະເຊີນໜ້າພະຍານທີ່ໃຫ້ການແທນກົມ.

ທ່ານມີຄໍາຖາມໄດ້ງັບ?

ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໄດ້ງັກງ່ຽວກັບການຕັດສິນເງື່ອນໄຂຄວາມໝາງສົມໄດ້ຮັບຫລືເຮືອງການອຸທອນຕໍ່ຮະບົບ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່:

ທີ່ _____

ເລກໃຫຍ່ຮະສັບ



Washington State
Department of Social
& Health Services

ໃບແຈ້ງການປະຕິບັດແຜນການ

ຜູ້ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອບໍລິການ DDD ປະຕິເສດ
ທີ່ປຸດຕິລິບລ້າງການຮ້ອງຂໍການຝັງເຮືອງ

ອີງຕາມມາດຕະ 388-02 ວ່າດ້ວຍກົດຕ່າງໆຂອງການຂໍຝັງເຮືອງຂອງກົມ DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ສົ່ງໄປສະນີຕີງ: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ເລກຟັກສໍ: 360-586-6463

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮ້ອງການຝັງເຮືອງຢ້ອນວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນຜ້ອມກັບຄຳຕັດສິນຂອງໝູ່ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການໄດ້ພະແນກພິການດ້ານການ
ວິວດທະນາການຕ່າງໆ (DDD):

ຂໍອ້ອງທ່ານ (ກະຮຸນາພິມ)	ວັນເດືອນປີເກີດ	ເລກປະກັນສັງຄົມ
ບ່ອນປູ້ຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍການຝັງເຮືອງ	ເລກປະຈຳສໍານວນ	
ເມືອງ	ຮັດ	ເລກຮະຫັດທ້ອງຖິ່ນໄປສະນີ ເລກໂທຮະສັບ (ຜ້ອມເລກຮະຫັດເຂດ) <input type="checkbox"/> ເລກໂທຝາກຄວາມ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບແຈ້ງການຕັດສິນໃນ: _____ ໂດບ: _____
ວັນທີ _____ ຊື່ແລະສະຖານທີ່ຂອງກົມ DSHS
ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໜ່ວຍເຫຼືອຕໍ່ໄປ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຫາກນີ້ເງື່ອນໄຂຢູ່: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ໄອງການ: _____

ຂ້າພະເຈົ້າຖືກຕາງໝໍາໄດ້ບໍ່ (ຖ້າທ່ານຫາກຕາງໝໍາໃຫ້ຕົນເອງ, ບໍ່ຕ້ອງຕື່ມສອງແຫວວຸດໍ່ໄປ):

ຂໍອ້ອງຜູ້ຕາງໝໍາໃຫ້ທ່ານ	ອົງການ	ເລກໂທຮະສັບ
ບ່ອນຢູ່	ເມືອງ	ຮັດ

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດປ່ອຂໍ້ມູນໃນການຝັງເຮືອງຂ້າພະເຈົ້າແກ່ຜູ້ຕາງໝໍາຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ	ວັນທີ
----------------	-------

ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາຫລືຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຜິເສດໃດໜຶ່ງບໍ່ໃນການຝັງເຮືອງນີ້? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ
ຖ້າຕ້ອງການ, ແມ່ນພາສາໄດ້ ຫລືການຊ່ວຍເຫຼືອຄວາມສະດວກຜິເສດແນວວ?

ຜູ້ຜິພາກສາຂອງອໍານາດການປົກຄອງກົດໝາຍ “ALM’s” ອາດດໍາເນີນການຝັງເຮືອງທ່າງໄທຮະສັບ. ຖ້າທ່ານຢາກປ່ຽນການຝັງເຮືອງເປັນການຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ OAH ແລ້ວນັ້ນ.

INSTRUCTIONS

Do clients have appeal rights to denial or termination of their choice of providers?

Yes, clients have appeal rights. Refer to WAC 388-825-120.

What are some reasons I might deny or terminate a provider?

Some examples might be (but not limited to):

- The provider has worked for 120 days or more and has not met the training requirements.
- Provider is not available to provide care as outlined on the client's service Plan.
- The Division does not believe this provider can meet the client's health and safety needs.
- Payment can be terminated at the request of the client or the client's representative.
- A contract can be terminated for default when the contractor has not complied with the terms of the contract.

Refer to (WAC 388-825-375)

Who makes the decision to deny or terminate a provider payment or contract?

- The decision to deny or renew a contract is made by the Field Services Administrator (FSA).
- The decision to terminate a contract prior to the end date of the contract is made by the Office of Central Contracts Services upon the recommendation of the DDD HQ Contracts Manager.
- A regional management decision to terminate payment prior to the termination of the contract can only be made when there is substantiated abuse/neglect, the department determines client is in imminent jeopardy or there has been a failed background check on a provider with a contract.

How do I determine the effective date for terminating payment to the provider?

- When possible the termination date of payment coincides with the contract termination date, allowing at least 10 days from the date the Planned Action Notice is mailed, and extending to the end of that month.
- Termination of payment is immediate when there is substantiated abuse/neglect, or the department determines client is in imminent danger.

How do I determine the effective date for denying a current contract?

The date of contract termination is determined by the Office of Central Contracts Services.

How do I determine the effective date for denying a new/renewal contract?

- If it is a new contract the effective date is the date of denial by the FSA.
- If it is a contract renewal, the date for termination is the end date on the existing contract.

How do I ensure receipt of notification by client/client representative?

Per WAC 388-825-100 attempt at least twice to notify first by telephone then send written notification.

If my client appeals the decision to terminate their provider can they continue to use their provider during the appeals process?

The client can continue to use their provider if they request a hearing within the allotted time frame. The effective date is calculated by counting 10 days from the date the Planned Action Notice is mailed and extending to the end of that month. The request to continue services from the provider will be denied if there is substantiated abuse/neglect, the department determines client is in imminent danger, or there has been a failed background check on a provider with a contract.